Faculté de Médecine de l'Université de Nancy
1923-1924 2e Série N° 240

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Irido-Choroïdite Hémosporique
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le lundi 21 janvier 1924,

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine,

PAR

WACHOWSKI (Fernand-Marius-Jules)
né à Rians (Var) le 27 juillet 1892

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. ETIENNE, professeur	*Président.*	
RICHON, professeur	*Juges.*	
JEANDELIZE, agrégé	*Juges.*	
HAMANT, agrégé	*Juges.*	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
1924

Faculté de Médecine de l'Université de Nancy
1923-1924 2e Série N° 240

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Irido-Choroïdite Hémosporique

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le lundi 21 janvier 1924,

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine,

PAR

WACHOWSKI (Fernand-Marius-Jules)

né à Rians (Var) le 27 juillet 1892

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. ETIENNE, professeur. . . . . *Président.*
RICHON, professeur. . . . . *Juges.*
JEANDELIZE, agrégé . . . . *Juges.*
HAMANT, agrégé . . . . . *Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
1924

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, ✻, I ⚜.
Assesseur: M. E. SIMON, ✻, I ⚜.
Doyen honoraire: M. F. GROSS, O ✻, I ⚜.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, ✻, I ⚜; PRENANT, ✻, I ⚜; F. GROSS, O ✻, I ⚜; HERRGOTT, O ✻, I ⚜; WEISS, O ✻, I ⚜.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie	L. GARNIER, I ⚜.
Hygiène	E. MACÉ, ✻, I ⚜.
Clinique médicale	E. SIMON, ✻, I ⚜.
Histoire naturelle médicale	P. VUILLEMIN, ✻, I ⚜.
Médecine légale	P. PARISOT, O ✻, I ⚜.
Clinique des maladies des enfants	P. HAUSHALTER, ✻, I ⚜.
Anatomie pathologique	L. HOCHE, ✻, I ⚜.
Clinique médicale	G. ETIENNE, ✻, I ⚜.
Clinique chirurgicale	A. VAUTRIN, ✻, I ⚜.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, ✻, I ⚜.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRŒLICH, ✻, I ⚜.
Physique médicale	M. LAMBERT, ✻, I ⚜.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. FRUHINSHOLZ, ✻, I ⚜.
Histologie	R. COLLIN, ✻, I ⚜.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✻, I ⚜.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	P. JACQUES, ✻, I ⚜.
Clinique des voies urinaires	P. ANDRÉ, ✻, I ⚜.
Clinique chirurgicale	G. MICHEL, ✻, I ⚜
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique	L. RICHON, ✻, I ⚜.
Physiologie	N...

Chargés de cours complémentaires : MM.

Accouchements (cours théorique)	S. REMY, I ⚜, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, ✻, I ⚜, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, ✻, I ⚜, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, O ✻, I ⚜, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, O ✻, I ⚜, agrégé.
Pathologie externe	A. BINET, I ⚜, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	A. BINET, I ⚜, agrégé libre.
Clinique médicale élémentaire (1)	L. CAUSSADE, A ⚜, agrégé.
Clinique ophtalmologique	P. JEANDELIZE, A ⚜, agrégé.
Clinique des maladies mentales	R. LALANNE, I ⚜.
Cours d'hydrologie	M. PERRIN, ✻, I ⚜, agrégé.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, ✻, I ⚜, agrégé
Clinique d'électrothérapie	N...

Agrégés en exercice

MM. H. ROBERT, I ⚜.
M. PERRIN, ✻, I ⚜.
G. THIRY, ✻, I ⚜.
J. PARISOT, O ✻, I ⚜.
P. MATHIEU, A ⚜.
L. JOB, ✻, I ⚜.

MM. P. JEANDELIZE, A ⚜.
L. CAUSSADE, A ⚜.
M. BARTHÉLEMY, ✻, I ⚜.
LAMY, I ⚜.

MM. MUTEL, ✻, A ⚜.
WATRIN, ✻, I ⚜.
HAMANT, I ⚜.
CORNIL, I ⚜.
DE LAVERGNE, ✻, I ⚜.

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✻, ⚜; G. GROSS, ✻, I ⚜; S. REMY, I ⚜; BUSQUET, I ⚜; BINET, I ⚜; FAIRISE, A ⚜.

M. H. COIFFARD, I ⚜, Secrétaire
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚜, I ⚜, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A la mémoire de mon Frère
Enseigne de vaisseau de 1re classe
Mort pour la France

A ma Femme

A mon Père et à ma Mère

A toute ma Famille

A mon Ami Paul Mulla

A Monsieur le Docteur A. Bernard

Aux miens et à mes Amis

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur ETIENNE
Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Juges :

M. le Professeur RICHON
Chevalier de la Légion d'honneur

M. le Professeur agrégé JEANDELIZE

M. le Professeur agrégé HAMANT

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, c'est pour nous un devoir très agréable que d'exprimer notre gratitude à tous nos maîtres de la Faculté.

Nous remercionx plus particulièrement M. le Professeur Etienne qui, en acceptant la présidence de notre thèse, nous apporte un nouveau témoignage de la sympathie qu'il n'a cessé de nous manifester durant le cours de nos études. Nous lui exprimons aussi notre profonde reconnaissance pour la bienveillante bonté avec laquelle il a bien voulu soigner un de nos proches.

M. le Professeur agrégé Jeandelize, qui nous a inspiré ce travail, nous a prodigué ses conseils et son temps; qu'il soit assuré de notre vive gratitude.

Nous n'oublierons pas le bienveillant intérêt que M. le Professeur Richon nous a témoigné. Ses cliniques si claires ont été pour nous des plus profitables et nous seront d'un grand secours dans le cours de notre carrière.

Nous remercions bien vivement M. le Professeur agrégé Hamant qui, à maintes reprises, nous a témoigné sa sympathie.

Que M. le Professeur Fruhinsholz et MM. les Professeurs agrégés Perrin et J. Parisot nous permettent de leur manifester notre gratitude pour l'intérêt qu'ils nous ont porté pendant notre stage dans leur service.

Nous sommes heureux d'apporter ici l'expression de notre profonde reconnaissance à M. le Docteur A. Bernard, de Besançon, qui nous a témoigné sa sympathie dans des circonstances difficiles et qui depuis nous honore de son amitié.

Notre reconnaissance va aussi à M. le Docteur Vérain, dont nous avons si souvent mis l'amabilité à l'épreuve.

Que MM. les Docteurs Doillon et Hamel soient assurés de notre gratitude.

Nous remercions M. le Docteur Bretagne, chef de clinique d'ophtalmologie, pour les conseils qu'il nous a donnés au cours de l'exécution de ce travail.

Que tous nos camarades d'étude trouvent ici l'expression de notre vive sympathie.

INTRODUCTION

Parmi les complications oculaires des infections générales aiguës chez les enfants, l'irido-choroïdite hémosporique est certainement la plus grave.

Appelée autrefois « ophtalmie métastatique », à cause de la participation de toutes les tuniques de l'œil à l'infection, la part que prennent l'iris et la choroïde à cette infection lui fit donner le nom « d'irido-choroïdite métastatique ». Puis, pour bien mettre en évidence l'ensemencement par le sang circulant de l'agent microbien de la maladie générale elle-même ou d'un microbe d'infection secondaire, Dupuy-Dutemps proposa le terme d' « irido-choroïdite hémosporique ».

Laissant de côté l'irido-choroïdite d'origine obstétricale, qui ne s'observe que chez l'adulte, et l'irido-choroïdite d'origine chirurgicale, exceptionnelle chez l'enfant, nous n'aurons en vue dans ce travail que l'irido-choroïdite hémosporique de cause endogène chez l'enfant, c'est-à-dire celle qui survient au cours ou au déclin d'une maladie générale infectieuse aiguë de l'enfance.

Nos recherches, en vue de ce travail, nous ont permis de retrouver, dans la littérature, cent deux observations d'irido-choroïdite hémosporique de cause endogène, dont 56 chez l'enfant et 46 chez l'adulte.

Nous ne ferons intervenir les observations d'adultes que pour établir une proportion.

Parmi les observations d'enfants dont nous avons lu la description, nous en reproduisons vingt-quatre, dont quatre sont dues à l'obligeance de notre maître, M. le Professeur agrégé Jeandelize.

Nous avons divisé ce travail en cinq chapitres :

Dans le premier chapitre, après avoir fait l'historique des observations d'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant que nous avons pu retrouver, nous en comparerons le nombre à celui des observations de cette affection chez l'adulte que nous avons rencontrées au cours de nos recherches.

Nous exposerons ensuite un certain nombre d'observations d'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant, en les groupant d'après les infections générales au cours desquelles cette affection s'est manifestée.

Dans le second chapitre, nous en étudierons l'étiologie.

La symptomatologie et l'évolution feront l'objet du troisième chapitre.

Le quatrième chapitre sera consacré au diagnostic.

Le cinquième chapitre comprendra l'étude du pronostic et du traitement.

Nous exposerons ensuite rapidement les conclusions générales qui paraissent découler de cette étude.

Enfin, un index bibliographique des auteurs que nous avons consultés terminera notre travail.

Nous ne parlerons pas de la pathogénie de l'irido-choroïdite hémosporique, ce sujet ayant été étudié d'une façon très complète par Dupuy-Dutemps, dans son rapport au Congrès de la Société Française d'ophtalmologie, en mai 1922.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET FRÉQUENCE

La première observation d'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant que nous rencontrons, est celle publiée par Jonathan Hutchinson, en 1871. C'est l'observation d'un enfant de 19 mois, chez lequel cette affection est survenue à la suite d'une varicelle.

La même année, Berthold l'observe chez une enfant de 10 ans, au cours d'une méningite cérébro-spinale.

En 1896, Lagrange l'observe chez un enfant de 2 ans, à la suite de manifestations articulaires et paralytiques de nature indéterminée.

La même année, Puech en observe 8 cas chez des enfants, à la suite d'affections grippales.

En 1902, Abt l'observe chez un enfant de 10 mois, à la suite d'une pneumonie.

En 1902, Bovier-Lapierre en signale 2 cas chez des enfants, au cours de méningite cérébro-spinale.

En 1911, Villard en publie 2 observations chez des enfants de 4 mois et 3 ans, à la suite de gastro-entérite grave.

En 1915, Gaudin en rapporte 9 observations chez des enfants au cours de méningite cérébro-spinale.

En 1918, Zarzycki en publie 2 observations d'enfants de 5 et 11 ans, au cours de méningite cérébro-spinale.

En 1919, Kerbrat en rapporte un cas chez un enfant de 13 ans, au cours d'une grippe.

En 1922, Chagas-Verde en rapporte 13 observations chez des enfants de 6 mois à 12 ans, au cours de méningite cérébro-spinale.

Jeandelize et Bretagne en observent 3 cas chez des enfants de 4 mois, 3 ans et 10 ans, à la suite de grippe et de troubles gastro-intestinaux.

Perrin en publie 3 observations chez des enfants de 10 mois, 5 ans et 6 ans, à la suite de grippe.

Terrien en publie un cas chez un enfant de 9 ans, à la suite de grippe.

Villard en relate 3 observations chez des enfants de 14 mois, 18 mois et 3 ans, au cours de pneumonie et de broncho-pneumonies.

En 1922, Aubaret en publie 3 observations : deux chez des enfants de 11 mois et 3 ans 1/2, au cours de méningite cérébro-spinale et de pneumonie ; la troisième est un cas congénital, observé chez un enfant de 18 mois.

Dupuy-Dutemps en rapporte un cas chez un enfant de 6 ans, au cours d'une septicémie latente de cause inconnue.

En 1923, Jeandelize et Voinot en observent un cas chez une fillette de 11 ans, au cours d'une méningite cérébro-spinale.

Soit un total de 56 observations d'irido-choroïdite hémosporique de cause endogène chez l'enfant.

D'autre part, nous avons retrouvé pour l'adulte :

8 cas signalés par Desbrières en 1890 ;
3 — Mitwalsky en 1891 ;
1 — Herrnheiser en 1893 ;
1 — Hanshalter en 1895 ;

2	cas signalés par	Despagnet en 1896;
1	—	Ahlström en 1897;
1	—	Petit en 1901;
5	—	Bovier-Lapierre en 1902;
1	—	Cabannes et Aubaret en 1904;
1	—	Cosmettatos en 1908;
9	—	Chenet en 1911;
2	—	Gaudin en 1915;
6	—	Kerbrat en 1919;
3	—	Chagas-Verde en 1922;
1	—	Villard en 1922;
1	—	Dupuy-Dutemps en 1922.

Soit 46 observations d'adultes.

Donc, sur un total de 102 observations d'irido-choroïdite hémosporique de cause endogène: 56 cas ont été observés chez l'enfant, 46 cas chez l'adulte.

Si nous essayons d'établir une proportion, nous voyons que 55 % des cas observés se sont produits chez l'enfant, 45 % chez l'adulte.

Cette statistique n'est qu'approximative, de nombreuses observations nous ayant certainement échappé.

Nous pensons néanmoins qu'elle se rapproche beaucoup de la vérité et nous croyons pouvoir conclure que c'est chez l'enfant que l'irido-choroïdite hémosporique se rencontre avec son maximum de fréquence.

Cette fréquence paraît devoir être attribuée, non pas à une affinité particulière de la choroïde de l'enfant à l'infection, mais plutôt à une réceptivité plus grande de l'enfant aux germes de maladies infectieuses.

OBSERVATIONS

Au cours de nos recherches dans la littérature, nous avons constaté que l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant se manifeste au cours ou au déclin des fièvres éruptives, de la méningite cérébro-spinale, de la grippe, des affections pulmonaires aiguës, de troubles gastro-intestinaux et de diverses septicémies.

Nous nous baserons sur cette donnée pour grouper nos observations.

1° Cas survenus au cours de fièvre éruptive.

OBSERVATION I

(Jonathan Hutchinson - Annales d'oculistique, 1871)

Enfant âgé de 19 mois, atteint depuis trois jours de symptômes que le médecin traitant considérait comme ceux d'une irritation cérébrale.

Le 22 novembre, les paupières sont gonflées et il faut recourir à un écarteur pour examiner les yeux. La conjonctive est le siège d'une congestion modérée. Les deux yeux sont exactement semblables. Les cornées sont troubles, les iris ont perdu tout leur brillant et il existe quelques lambeaux de lymphe plastique dans les chambres antérieures. Ces lambeaux n'ont pas gagné les parties déclives, mais recouvrent irrégulièrement l'iris. Les pupilles sont obstruées par une lymphe verdâtre, qui ne recouvre pas l'iris et provient évidemment des parties situées derrière cette membrane. Les iris sont poussés en avant.

Le malade était un enfant de 19 mois, pâle et à chairs molles. Il avait les gencives chaudes et rouges, des aphtes dans la bouche et la langue assez sèche. En déshabillant l'enfant, pour chercher

s'il n'existait pas de trace d'éruption qui eut précédé l'ophtalmitis, nous trouvons quelques petites cicatrices semblables à celles que laisse la varicelle et la mère nous dit alors qu'il y a dix jours il y a eu une légère éruption, consistant en « petites élevures contenant de l'eau ».

Au bout de trois jours, les flocons de lymphe avaient presque disparu de la chambre antérieure; mais les pupilles restaient sans changement. La tension des globes oculaires paraissait déjà un peu diminuée. Consécutivement, les cornées reprirent une transparence parfaite, mais les yeux devinrent mous et leur volume diminua un peu. Les corps vitrés devinrent opaques, puis les cristallins.

Les iris restèrent paresseux. L'enfant reprit lentement la bonne santé. Il est actuellement très bien, mais complètement aveugle avec des cornées transparentes.

2° Cas survenus au cours de méningococcies.

OBSERVATION II

(Berthold-Albreecht von Graefe-s Arch. f. Opht. 1871 *in* thèse de Gaudin, Paris, 1915.)

Chez une fille d'environ 10 ans, atteinte de méningite, dans la deuxième semaine de la maladie, l'œil droit s'était entrepris. Il s'était montré du chémosis conjonctival qui avait disparu en 6 jours. Alors, l'iris, soudé à la capsule, semblait être poussé en avant par un exsudat se trouvant entre cette membrane et le cristallin. Le fond de l'œil donnait l'éclat de l'œil de chat amaurotique.

L'enfant mourut.

OBSERVATION III

(Gaudin, thèse de Paris, 1915, résumée)

Louise Le N..., 8 ans, atteinte de méningite cérébro-spinale confirmée par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Sept jours après le début de la maladie, la malade accuse une

douleur au niveau de l'œil droit. La conjonctive palpébrale et bulbaire est fortement injectée; il existe une injection périkératique. La cornée est parfaitement transparente; l'iris est dilaté à demi et réagit mal.

Le lendemain, on constate un léger hypopyon dans la chambre antérieure; l'œil est douloureux à la pression, la tension est légèrement diminuée. L'examen ophtalmoscopique décèle un léger trouble des milieux oculaires. Les jours suivants, les phénomènes inflammatoires diminuent d'intensité, l'hypopyon disparaît entièrement, le corps vitré redevient plus transparent malgré la persistance de gros corps flottants.

Seize jours après, nouvelle poussée sur l'œil malade: l'injection reprend son intensité, l'hypopyon réapparaît, la douleur devient plus vive et la cécité est à peu près complète; le fond de l'œil n'est pas éclairable.

Quinze jours après, c'est-à-dire environ un mois et demi après le début de la maladie, l'œil présente encore une légère injection; la tension est notablement diminuée.

OBSERVATION IV

(Morax, Annales d'oculistique, t. 134, p. 367)

Enfant de 16 mois atteint de méningite cérébro-spinale confirmée par la ponction lombaire. Cet enfant est présenté en raison d'une inflammation de l'œil droit.

L'ophtalmie métastatique était apparue quatre jours après le début des phénomènes généraux. Elle était caractérisée par de l'irido-choroïdite suppurative avec exsudat purulent dans la chambre antérieure. Les symptômes réactionnels furent relativement très légers. La suppuration intra-oculaire n'aboutit pas à la perforation; l'exsudat purulent se résorba, mais les milieux restèrent troubles, la tension oculaire devint inférieure à la normale 20 jours après le début de son affection.

OBSERVATION V

(Arnold Netter, Société de Biologie, 19 mars 1915

Enfant de deux ans et demi, entré au cinquième jour d'une méningite cérébro-spinale grave. Il présente, le lendemain de son entrée, une injection de la conjonctive gauche. On constate un hypopyon et un voile jaune remplissant le champ pupillaire. On ponctionne la chambre antérieure et le pus retiré renferme quantité de méningocoques. On injecte 1 cc. de sérum dans le corps vitré : très rapidement l'exsudat se résorbe ; la conjonctive reprend sa coloration normale. L'enfant voit distinctement. L'infection oculaire a présenté ultérieurement une nouvelle reprise qui a nécessité deux nouvelles injections : l'infection oculaire paraît définitivement enrayée.

OBSERVATION VI

(Dutoit, Arch. f. Augenkeilt, v. LXV, p. 1, 1910
in thèse de Gaudin, Paris, 1915)

Enfant de 4 ans, atteint de méningite cérébro-spinale. Le quatrième ou le cinquième jour après le début, se développe une ophtalmie métastatique, d'abord unilatérale, à tendance relativement bénigne. Bientôt de graves symptômes éclatent sur l'autre œil ; le globe est projeté en avant par exsudation rétrobulbaire ; l'exmaen ophtalmoscopique ne permettait pas l'éclairage du fond de l'œil. Le vitré était nettement purulent et le tout évolua rapidement vers une panophtalmie totale.

OBSERVATION VII

(Dianoux, *in* Thèse de Gaudin, Paris, 1915)

Enfant de 10 ans, atteint de méningite cérébro-spinale. Le troisième ou le quatrième jour de la maladie, l'œil droit devient rouge ; six jours après, le malade dit qu'il ne voit pas de l'œil malade.

La cornée avait perdu sa transparence, la pupille, moins dilatée, réagissait difficilement à la lumière, une injection profonde

siégeait au niveau de la région ciliaire; la tension était légèrement diminuée. Le surlendemain, un léger hypopyon avait envahi la chambre antérieure. Le trouble des milieux oculaires ne permettait pas l'examen du fond de l'œil. La douleur à la pression était assez modérée. Un mois et demi après, on constatait: disparition complète de la chambre antérieure, pupille à demi dilatée et immobile. Corps vitré purulent, d'un jaune éclatant, tension normale.

OBSERVATION VIII

(Pierre Zarzycki, Arch. Opht., 1918)

G. G., 5 ans. Le 29 avril: maux de tête, difficulté d'obtenir des réponses, le malade perdant presque connaissance.

Le 30 avril, vomissements verdâtres très abondants; fièvre, constipation, nuit très agitée.

1er mai: abattement; temp. 39°; vomissements.

2 mai: abaissement de la température. La ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien trouble avec dépôt purulent, contenant des méningocoques.

3 mai: temp. 38°. Raideur de la nuque, pas d'opisthotonos, pas de Kernig. Ponction suivie d'une injection de 30 cc. de sérum.

4 mai: ponction et 30 cc. de sérum. Faciès meilleur, nuit calme. Les symptômes oculaires se sont manifestés très lentement et sournoisement, sous forme d'une légère rougeur de la conjonctive et d'un strabisme intermittent de l'œil gauche. Ces lésions ont été tellement légères, qu'elles ont passé inaperçues pendant toute la maladie.

L'examen ophtalmoscopique a été fait en août 1915. A l'œil gauche, on constatait: disparition de la chambre antérieure avec accolement de l'iris à la face postérieure de la cornée et une occlusion pupillaire complète. Hypotonie très accentuée avec atrophie du globe. Perception lumineuse nulle.

OBSERVATION IX

(Pierre Zarzycki, Arch. Opht., 1918)

G., 11 ans. 20 janvier: A la suite d'un rhume léger, courbature,

fièvre intense, délire, pouls rapide, refroidissement des extrémités ; le lendemain, taches purpuriques sur les membres, le tronc et la face. Ecchymoses sous-conjonctivales.

21 janvier : temp. 40°.

22 janvier : ponction lombaire positive, sérum.

23 janvier : les yeux sont rouges, larmoyants. Forte conjonctivite avec kératite, photophobie et douleur par la pression sur le globe.

Au bout du quinzième jour de l'évolution de la maladie, les yeux commençaient à s'injecter, l'humeur aqueuse de la chambre antérieure devenait trouble. Le lendemain apparaissait de l'hypopyon, figé plutôt dans la partie supérieure de la chambre antérieure, à cause de la situation de la tête très en arrière. Cet hypopyon se déplaçait suivant le déplacement de la tête dans n'importe quelle direction. L'iris pouvait encore se dilater à l'atropine, mais le vitré n'était plus perméable. Au bout de cinq à six jours, le liquide céphalo-rachidien qui jusqu'ici était trouble et floconneux, devenait plus clair et en même temps l'humeur aqueuse était plus claire. L'hypopyon disparaissait ; la cornée était plus transparente et la chambre antérieure plus nette. Le vitré était aussi plus clair et plus transparent et on apercevait à l'ophtalmoscope la teinte rosée du fond de l'œil. Le tonus était normal.

OBSERVATION X

(Inédite. Recueillie à la Clinique ophtalmologique de Nancy)

Ernestine P..., 11 ans, est atteinte, le 3 avril 1923, d'un léger catarrhe trachéo-bronchique.

Le 5 avril une amélioration se produit.

Le 6 avril, l'enfant va à l'école ; elle va bien.

Le 10 avril, l'enfant part à l'école à 8 heures, bien portante, mais elle en revient à 11 heures, très malade, se tenant à peine debout. Son médecin la voit à 3 heures : elle a le teint grippé, le front plissé, elle a de la céphalée, elle vomit, elle pousse de gros soupirs et mâchonne ; pas de Kernig.

Le docteur Voinot, d'Haroué (M.-et-M.), qui la soigne, pense

à une méningite cérébro-spinale et va chez lui pour chercher du sérum antiméningococcique. A son retour, à 5 heures, l'enfant dit à sa nourrice: « On est la nuit, dis maman? ». Le médecin regarde alors les yeux et constate que les chambres antérieures sont remplies d'un liquide blanc laiteux; les pupilles sont dilatées. La vision est nulle, réduite à la simple perception lumineuse.

On fait une ponction lombaire: le liquide que l'on retire est trouble. On injecte du sérum.

Le 12 avril, la situation est la même. On prescrit un collyre à l'iodure de potassium.

Le 13 avril, on constate un léger Kernig. On fait une deuxième ponction lombaire, suivie d'une injection de sérum. La température axillaire est 38°5.

L'enfant mâchonne toujours et pousse des soupirs.

Le 15 avril, troisième ponction lombaire, suivie d'une injection de sérum.

Le 16 avril, apparaît de la stomatite, une angine pultacée et du muguet.

Le 17 avril, quatrième ponction lombaire, suivie d'une injection de sérum.

Il y a du Kernig et l'enfant se plaint de vives douleurs articulaires. Les pupilles sont toujours dilatées.

Le liquide céphalo-fachidien s'éclaircit. Temp.: 37°5.

Le 18 avril, la petite malade n'est plus si prostrée, mais on constate l'apparition d'un léger ictère.

Le 20 avril, les douleurs articulaires diminuent. Les selles sont décolorées.

Le 25 avril, les douleurs articulaires ont disparu.

Le 28 avril, il n'y a plus d'ictère, les selles sont colorées.

Il n'y a plus de phénomènes méningés. Les chambres antérieures se sont éclaircies, mais la vision est nulle. La malade se lève.

Le 5 décembre, c'est-à-dire huit mois après le début de la maladie, la petite malade est revue à la clinique ophtalmologique de Nancy.

La vision des deux yeux est réduite à la simple perception lumineuse. A l'œil droit, on note l'effacement de la chambre

antérieure, l'iris bombe en avant; au niveau de la pupille, on constate des dépôts iriens sur la cristalloïde antérieure avec un exsudat qui occupe toute l'étendue de la pupille. On perçoit à travers cet exsudat une masse jaunâtre vers 8 heures. Cette masse jaunâtre est aperçue bien plus nettement par l'éclairage par la lampe à fente.

Cette masse paraît être derrière le cristallin. L'iris, vers 8 heures, est atrophique sur une bande radiée depuis l'insertion de l'iris jusqu'à la pupille.

A l'œil gauche, on note le même effacement de la chambre antérieure; des dépôts pigmentaires sur le cristalloïde antérieur, des synéchies pupillaires et un exsudat à travers lequel on ne peut rien voir.

La palpation des globes décèle une hypotonie manifeste.

3° Cas survenus au cours d'affections grippales.

OBSERVATION XI

(Perrin, Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie, 1922, p. 117)

C. R., 5 ans. Il vient me consulter le 20 février 1920. Il est aveugle. Les parents désireraient savoir s'il y a encore un petit espoir. Il est le benjamin d'une famille de quatre enfants. Ils ont tous eu la grippe en novembre 1918, sous forme broncho-pneumonique très grave. Le médecin du pays est venu les voir une fois.

L'enfant qui avait 3 ans s'est à peine plaint de ses yeux. La mère a seulement remarqué qu'ils étaient rouges, et qu'il y portait souvent les mains.

Ce n'est qu'à son lever qu'on s'est aperçu qu'il était aveugle.

Il fut conduit à l'hôpital Rotschild, à Genève, où l'on jugea inutile tout traitement.

A l'examen: O. D. atrophié. Il y a eu perforation sclérale un peu en avant de l'équateur. Par d'irido-cyclite douloureuse.

O. G. Irido-choroïdite complète avec exsudats jaunâtres recouvrant le cristallin cataracté secondairement. Tension normale.

Une très légère perception lumineuse. Il n'y a pas d'intervention possible actuellement.

OBSERVATION XII

(Perrin, Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie, 1922)

F. B., 6 ans. En décembre 1918, a eu la grippe à forme bronchopneumonique soignée par le médecin du pays — qui a constaté au cours de la grippe un état oculaire grave — a fait appliquer des sangsues à chaque tempe et a recommandé d'aller voir un spécialiste le plus tôt possible.

A l'examen: irido-choroïdite bilatérale, mais sans occlusion pupillaire. On voit le fond de l'œil, ou plutôt on voit un véritable gliome bilatéral qui a envahi le fond de l'œil: ce sont de grosses masses jaunâtres avec quelques reflets orangés, qui sont organisés.

Hypotension marquée. Aucune perception lumineuse.

OBSERVATION XIII

(Perrin, Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie, 1922)

Roger C., 10 mois, contracte une grippe le 24 janvier 1922. Son père et sa mère sont alités aussi.

Le 27 janvier, la mère remarque que l'œil droit de son bébé est devenu « tout blanc » selon sa propre expression. Le médecin appelé le constate lui-même. Sur ses indications, le 5e jour, malgré la fièvre persistante, l'enfant est conduit chez un spécialiste d'une ville environnante. Celui-ci constate que, non seulement l'O. D. est pris, mais que l'O. G. est envahi par de grosses masses jaunâtres.

Il fait instiller de l'atropine et pratique une injection sous-conjonctivale.

Deux jours après, l'enfant est ramené.

Mais, comme la marche de l'affection est très envahissante, le spécialiste renonce à tout traitement.

Quatre jours après, c'est-à-dire le 16 février, le bébé est conduit à mon cabinet.

Je constate à l'O. D. une irido-choroïdite complète avec exsudats blancs-jaunâtres, obstruant complètement l'orifice pupillaire. Perception lumineuse abolie.

A l'O. G., cornée trouble avec quelques points de descemétite; iris terne, sale, mais ayant réagi sous l'influence de l'atropine. Par cet orifice pupillaire, on aperçoit nettement, se projetant dans le fond de l'œil, et donnant des reflets jaunes-rougeâtres, une grosse masse paraissant fongueuse: un véritable aspect gliomateux. C'est à peine si on distingue, dans la zone supéro-externe, un peu de rétine saine.

Ma première impression fut qu'il n'y avait plus rien à tenter. Mais, devant le désespoir des parents et dans le but d'arrêter peut-être la marche envahissante de cette pseudo-tumeur et d'éviter l'énucléation, je conseillai le traitement suivant:

1° Trois injections de lait bouilli, de deux centimètres cubes, à deux jours d'intervalle;

2° Deux fois par jour, une friction dans le creux du bras à la pommade au collargol au 1/20;

3° Une demi-cuillerée à café de sirop iodotannique par jour.

Huit jours après je revis mon petit malade. Et je fus stupéfait de constater que la grosse masse gliomateuse était moins volumineuse, le vitré moins trouble, et la mydriase plus marquée.

L'enfant commence à suivre la lumière.

J'ai revu R. G. trois fois. L'amélioration devint rapide. La masse pseudo-gliomateuse se dissolvait, La papille devint visible.

Enfin, le jeudi 4 mai, dernier examen jusqu'à ce jour: iris toujours terne, irrégulier avec quelques synéchies. Le fond de l'œil est parfaitement visible. Il n'y a plus de masse jaunâtre. Il persiste quelques corps flottants avec quelques foyers de chorio-rétinite. L'enfant ramasse tous les objets, il prend tout ce qu'on lui présente. Il voit.

Nous continuons le même traitement, sauf les injections de lait bouilli.

OBSERVATION XIV

(Terrien, Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie, 1922, p. 130)

Fillette de 9 ans, qui avait été prise d'un accès de grippe quelques mois auparavant, suivie de pneumonie dans le courant du mois de novembre 1921.

Une semaine plus tard, l'œil gauche, au dire des parents, devint subitement aveugle, rouge et douloureux à la pression.

Quelques semaines après, la fillette nous était amenée à l'hôpital Beaujon, et montrait à ce moment à gauche tous les symptômes d'une irido-cyclite régressive: œil très hypotone, en voie d'atrophie, chambre antérieure effacée avec infiltration cornéenne par places, iris atrophié et décoloré, pupille irrégulière avec occlusion totale et exsudats pupillaires. Le cristallin était demeuré en partie transparent et laissait apercevoir un vitré très trouble. Injection périkératique légère. L'œil avait conservé la sensibilité lumineuse. Aucune douleur à la pression.

Œil droit normal. L'état général de l'enfant est bon, mais il existe trois centigrammes d'albumine par litre dans les urines.

OBSERVATION XV

(MM. Jeandelize et Bretagne, Société Française d'Ophtalmologie, 1922)

Antoinette X..., âgée de 10 ans, est vue pour la première fois par le docteur Hérique, de Gondrecourt (Meuse), le 31 janvier. Il note les symptômes suivants: quelques vomissements, céphalée assez violente, raideur de la nuque, signe de Kernig peu accentué, inégalité pupillaire; température axillaire, 39°3; pouls, 122.

Le lendemain soir, 1er février, mêmes symptômes. T.: 38°8; P., 102; tête immobilisée en déflexion; regard fixe; un peu de

stupeur; parésie au niveau du bras gauche; diminution considérable de la sensibilité cutanée; réflexes normaux.

Les symptômes généraux ne tardèrent pas à décroître et, dès le 3 février, il n'y avait plus de céphalée et la température tombait le soir à 38°. A partir du 6 février, à peine constatait-on, le soir, 37°5 ou 37°3.

A ce moment, il régnait dans la région une épidémie de grippe et le médecin pensa à une grippe à forme nerveuse; il n'eut pas la possibilité de faire une ponction lombaire.

Or, le 3 février, alors que l'infection générale était nettement en décroissance, est apparue sur l'œil gauche « une conjonctivite assez intense », d'après les termes du médecin traitant, et le 6 février « toute la cornée était opacifiée, sans douleur localement ».

Un traitement oculaire fut appliqué.

L'enfant est envoyée au service le 12 février, car bien que la cornée se soit éclaircie, la vision de l'œil malade a complètement disparu.

L'on constate une légère injection périkératique du globe oculaire gauche. La cornée est transparente, d'apparence normale; mais l'iris est flou, plus verdâtre que du côté opposé. Une synéchie vers une heure; une collerette de pigment sur la cristalloïde antérieure suivant un cercle concentrique par rapport à la pupille. L'atropine dilate incomplètement l'iris. Le cristallin présente sa transparence habituelle, mais néanmoins le fond d'œil est inéclairable. Tout le pôle postérieur est recouvert d'un voile grisâtre, d'un brouillard impénétrable.

Dans le segment inféro-interne de la rétine, on constate une masse blanchâtre à contours flous, qui réfléchit bien la lumière.

Aucune perception lumineuse.

A aucun moment on n'a constaté d'hypertonie.

L'œil droit paraît normal.

L'injection périkératique disparut peu à peu, et l'enfant quitta l'hôpital ayant perdu la vue de l'œil atteint, d'ailleurs en voie d'atrophie.

4° Cas survenus au cours d'affections pulmonaires.

OBSERVATION XVI

(Villard, Société Française d'Ophtalmologie, 1922)

B..., 14 mois, a été atteint de pneumonie double en avril 1912. Cette affection a été très grave. Un mois après, les parents ont cru remarquer que l'enfant perdait la vision.

Le 3 mai 1912, on constate aux deux yeux de nombreuses synéchies pupillaires; une chambre antérieure peu profonde; la vision paraît nulle. T = — 1.

L'atropine dilate assez mal les deux pupilles.

A l'ophtalmoscope, on perçoit très vaguement une masse rougeâtre occupant toute la profondeur du globe.

Le 21 juillet 1915, c'est-à-dire trois ans après, on constate aux deux yeux une cataracte symptomatique; vision nulle; hypotonie, tendance à l'atrophie, surtout à gauche.

OBSERVATION XVII

(Villard, Société Française d'Ophtalmologie, 1922)

B..., 3 ans; broncho-pneumonie très grave; au moment le plus critique de la maladie, l'œil droit devient rouge et larmoyant.

Le 20 juillet 1915: signes d'une ancienne irido-choroïdite plastique; chambre antérieure presque nulle; occlusion pupillaire totale; hypotonie; vision nulle.

OBSERVATION XVIII

(Villard, Société Française d'Ophtalmologie, 1922)

R..., 18 mois; six mois auparavant, a eu une rougeole compliquée d'une broncho-pneumonie double grave; l'œil gauche paraissait douloureux.

Le 16 août 1917, on constate à l'œil droit les reliquats d'une

irido-choroïdite plastique; atrésie pupillaire; hypotonie et début d'atrophie du globe.

5° Cas survenus au cours d'affections gastro-intestinales.

OBSERVATION XIX

(Villard, Archives d'Ophtalmologie, juillet 1911)

La jeune Elise M..., âgée de 3 ans, m'est adressée le 25 novembre 1907 par son médecin. Cette fillette, née de parents bien portants, a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 11 mois et, pendant les deux premières années de sa vie, elle a joui d'une santé parfaite. Il y a huit mois environ, elle a été atteinte d'une rougeole, d'allure assez sévère, qui a guéri sans complications, mais qui a été suivie d'une gastro-entérite apparue environ un mois après la terminaison de la fièvre éruptive. Cette gastro-entérite a eu une marche excessivement grave, tellement même que, pendant une huitaine de jours, l'enfant fut véritablement à l'agonie, et que l'on s'attendait à sa mort d'un instant à l'autre. A la période la plus critique de la maladie, les parents s'aperçurent que l'œil gauche était rouge et que les paupières paraissaient très légèrement gonflées; mais, préoccupés beaucoup plus par l'état général de leur petite malade que par son état oculaire, ils n'attachèrent pas une bien grande importance à ce qu'ils considéraient comme un simple accident banal et dénué de toute gravité. Durant tout le cours de la convalescence, l'œil gauche resta encore un peu rouge, larmoyant et légèrement photophobe, puis, au bout de quelques semaines, tout parut rentrer dans l'ordre. Les parents avaient perdu le souvenir de cette complication oculaire, qui n'avait pas fait sur eux une bien grande impression, lorsque, tout à fait par hasard, ils se sont aperçus, hier, que leur fillette présentait « une tache » dans l'œil gauche. Vivement impressionnés par la découverte de cette affection qu'ils avaient méconnue jusque-là, ils se sont empressés de conduire leur enfant chez leur médecin habituel, qui me l'adresse aussitôt.

A l'examen direct, je note l'existence d'une irido-choroïdite de l'œil gauche, déjà ancienne, caractérisée par une décoloration du stroma irien, par de nombreuses adhérences irido-capsulaires et par un exsudat qui occupe et obstrue à peu près tout le champ pupillaire; en outre, l'iris bombe en avant, ce qui réduit dans de très grandes proportions les dimensions de la chambre antérieure. Le fond de l'œil est très vaguement éclairable, mais la transparence des milieux est trop faible pour que l'on puisse procéder à un examen profitable des membranes profondes, dont l'aspect rappelle vaguement celui des pseudo-gliomes. Il n'existe aucun signe de réaction oculaire récente, et on ne perçoit plus trace de congestion périkératique. Quant à la vision, elle est absolument nulle. La pression du globe ne paraît pas douloureuse et sa tension n'est ni élevée, ni abaissée.

L'œil droit est normal à tous les points de vue.

Comme traitement, j'ordonne des frictions sur le front et les tempes avec de l'onguent napolitain, des applications révulsives au niveau de l'apophyse mastoïde gauche avec de la teinture d'iode, et enfin, j'insiste sur la nécessité de faire de l'antisepsie et de la révulsion du côté de l'intestin et du foie, à l'aide du calomel à faible dose (5 centigrammes par jour, pendant quelques jours).

Localement, je fais appliquer une pommade à l'atropine.

Le 9 décembre 1907, je revois la jeune Élise M..., son œil gauche se trouvedans un état identique à celui que j'avais constaté le 25 novembre.

L'atropine n'a provoqué aucune dilatation pupillaire. Je fais continuer le traitement précédemment institué, auquel j'ajoute une potion à l'iodure de potassium.

Le 12 mai 1908, les parents me conduisent à nouveau leur enfant, parce qu'elle est atteinte depuis quelques jours d'une légère inflammation du bord de la paupière supérieure gauche; mais il ne s'agit là que d'une blépharite légère et banale, qui cède rapidement à quelques lavages aseptiques et à l'application d'un peu de pommade au précipité jaune. L'œil, lui-même, est toujours dans le même état. La chambre antérieure est très peu profonde,

la pupille est obstruée par de nombreuses synéchies; mais en arrière de ces exsudats, il est manifeste que le cristallin est en voie d'opacification. La tension est toujours normale et l'œil ne présente aucun signe d'atrophie.

Le dernier examen auquel j'ai procédé remonte au 20 septembre 1910, c'est-à-dire environ trois ans après l'apparition des accidents qui ont entraîné la perte de l'œil gauche. Cet œil est peut-être un peu plus petit que l'œil droit, mais cette atrophie est excessivement minime et à peine appréciable. La chambre antérieure a maintenant sa profondeur normale. Les adhérences irido-capsulaires se sont résorbées en majeure partie et sont beaucoup moins nombreuses qu'autrefois. Le champ pupillaire est occupé par une cataracte d'un blanc nacré absolu. La vision est toujours nulle.

La pupille est insensible à la lumière mais se contracte faiblement sous l'influence d'un faisceau lumineux projeté sur l'œil congénère. L'œil gauche n'est pas douloureux à la pression et possède une tension peut-être un peu diminuée, mais très voisine de la normale.

L'œil droit reste toujours normal à tous les points de vue.

OBSERVATION XX

(Villard, Archives d'Ophtalmologie, juillet 1911)

Le 27 novembre 1907, un confrère m'adresse une de ses clientes, la jeune Fernande B..., âgée de quatre mois. Par une coïncidence assez curieuse, cette enfant, qui souffre d'une affection absolument identique à celle que j'ai décrite dans l'observation précédente, m'est conduite deux jours après cette première malade.

D'après les renseignement qui mesont fournis par le médecin, la jeune Fernande B..., bien que nourrie au sein, a été atteinte d'une gastro-entérite excessivement grave, survenue à l'âge de deux mois. Environ quinze jours après le début de cette affection, alors que l'enfant était entre la vie et la mort, l'œil droit commença à rougir et à larmoyer, mais l'entourage, hypnotisé en quelque sorte par la gravité de l'état général primant toutes ses

préoccupations, n'attacha aucune importance à cette complication oculaire. Ce ne fut que lorsqu'il apparut une « tache » dans l'œil droit, perçue par la famille depuis deux jours seulement, que l'on songea à consulter le médecin, qui m'adressa immédiatement cette jeune malade.

A l'examen direct, je décelai, à l'œil droit, tous les signes d'une irido-choroïdite en voie d'extinction: très légère estompe péricornéenne, chambre antérieure presque nulle par projection de l'iris en avant, adhérences et exsudats pupillaires abondants, fond trop trouble pour pouvoir être examiné; vision paraissant nulle; tension normale ou, peut-être, très légèrement augmentée.

Comme traitement, je me contentai de prescrire de la pommade à l'atropine, du calomel à très faible dose répétée plusieurs jours consécutifs, et des badigeonnages avec la teinture d'iode au niveau de la mastoïde droite.

Le 11 décembre 1907, je note un sensible changement: la chambre antérieure est beaucoup plus profonde que lors de mon premier examen, le champ pupillaire est plus libre: aussi peut-on percevoir à l'ophtalmoscope un exsudat qui occupe tout le fond du corps vitré et qui simule, grossièrement, une tumeur intra-oculaire.

La vision paraît toujours nulle. La tension est nettement abaissée, et on note les signes non douteux d'un début d'atrophie de l'œil droit, qui est surtout manifeste quand l'enfant ferme les yeux pour dormir.

Le 13 mai 1908, la situation n'a pas sensiblement changé.

J'ai vu pour la dernière fois la jeune Fernande B... le 14 avril 1911, c'est-à-dire environ trois ans et demi après le début de l'affection qui lui a fait perdre l'œil droit. Cet œil est très légèrement atrophié, mais cette diminution de volume est excessivement légère et elle n'est appréciable que lorsqu'on compare l'œil droit à l'œil gauche sain. La pupille est resserrée et obstruée par de nombreuses synéchies postérieures. Il existe une cataracte d'un blanc crayeux. La tension est peut-être un peu diminuée par rapport à celle de l'œil gauche. La vision est nulle. L'œil droit amaurotique est nettement placé en strabisme externe.

OBSERVATION XXI

(MM. Jeandelize et Bretagne, Société Française d'Ophtalmologie, 1922)

Charlotte Y..., âgée de 3 ans, est soignée au début de janvier 1922, dans la banlieu de Nancy, pour une affection gastro-intestinale, sur l'étiologie de laquelle son médecin n'a pu donner de précision; il a vu l'enfant sans fièvre, simplement abattue et présentant uniquement des symptômes gastro-intestinaux sans autre localisation. Ce n'est qu'après la guérison de cette manifestation que les parents attirent l'attention du médecin sur la perte de la vision de leur enfant, ce qui nécessite son entrée à la clinique ophtalmologique.

C'était une enfant très difficile à examiner, en raison de son âge et de son indocilité. Elle souffrait d'une photophobie intense et présentait une apparence de trouble diffus de la cornée; on institue alors un traitement mercuriel, s'adressant à la kératite interstitielle soupçonnée.

L'examen de l'acuité visuelle est impossible chez cette enfant de 3 ans, mais on ne tarde pas à se rendre compte qu'elle ne voit pas; elle se heurte aux meubles et ne reconnaît rien. La petite malade devenant ultérieurement plus facile, on peut l'examiner plus aisément; les cornées ne sont plus troubles, mais bien transparentes et on constate alors les lésions suivantes:

A l'œil droit, l'iris présente des synéchies postérieures qui limitent la dilatation atropinique. A l'examen à l'image renversée, on perçoit un faible degré de lueur pupillaire, mais il est impossible de voir aucun détail du fond d'œil, celui-ci étant masqué par un voile grisâtre que l'on localise au milieu du vitré.

L'œil gauche présente, à l'examen direct, l'aspect connu sous le nom « d'œil de chat amaurotique ». Dans le segment inféro-interne, on voit une assez grosse masse blanc-jaunâtre, réfléchissant bien la lumière. L'examen à la lumière oblique et au miroir la met encore mieux en relief. Le reste du fond de l'œil est totalement inéclairable, voilé d'un brouillard opaque gris-jaunâtre. L'iris fait un pli plus marqué vers 4 heures, déterminé par une

sorte de rétraction postérieure et situé dans la partie inféro-externe, parallèlement au limbe; le reste de l'iris affecte la forme d'un cône à sommet antérieur. De ce fait, la chambre antérieure est effacée, en partie du moins.

Le 18 mars, la pupille droite est mieux dilatée, surtout en haut (pupille en trou de serrure). Tout à fait dans le regard en bas, on arrive à percevoir, contre le cristallin, une masse blanchâtre moins volumineuse.

Partout ailleurs, le vitré s'est éclairé et l'on distingue des vaisseaux dans le fond de l'œil. De fait, l'acuité de l'œil droit, nulle à l'entrée, s'est améliorée et s'améliore de jour en jour; l'enfant distingue bien un objet de la taille du poing à trois mètres de distance.

L'on attribue cette amélioration, en partie du moins, à deux injections de lait intra-fessières de 2 et 4 centimètres cubes.

Il y a lieu d'ajouter que, dès le début, nous avions appliqué un traitement mercuriel.

Par contre, du côté gauche, l'aspect du vitré n'a pas changé, mais le globe est très mou et déjà en voie d'atrophie.

Dans le cours de la maladie, on n'a jamais constaté d'hypertension oculaire.

OBSERVATION XXII

(Inédite, recueillie à la Clinique Ophtalmologique de Nancy)

V..., petite fille de 4 mois; depuis quelque temps, trois semaines environ, son œil gauche est rouge, larmoyant. Cette inflammation oculaire a succédé à une atteinte assez forte de gastro-entérite qui dure encore actuellement. Il ne semble pas y avoir eu de douleurs; l'enfant est nourrie au sein, elle tête bien, est calme, pas méchante, mais seulement un peu difficile à cause de sa diarrhée. Examinée le 2 juin 1922, elle présente à l'œil gauche: fente palpébrale un peu moins ouverte que celle du côté droit; l'œil est un peu injecté, un peu larmoyant; la cornée est normale; on ne remarque pas d'injection périkératique; la chambre antérieure est absolument effacée; l'iris n'a pas changé de teinte, il

n'y a aucune apparence de synéchies ni d'inflammation antérieure; la pupille est moyennement dilatée. Il n'y a aucune perception lumineuse; pas de réflexe photomoteur ni consensuel.

L'œil présente le reflet d'œil de chat amaurotique; on perçoit comme une membrane brillante, jaunâtre, collée en apparence au cristallin; au-devant de cette masse, on aperçoit un vaisseau sanguin.

On hésite entre gliome et pseudo-gliome. Il y a un doute au point de vue de la valeur de la tension examinée par le procédé digital. Devant cette alternative grave, on décide de faire une application du tonomètre de Schioetz sous chloroforme.

Après quelques bouffées de chloroforme, on applique le tonomètre sur l'un et l'autre œil en tenant les yeux en bonne position au moyen d'une pince et en tâchant de ne pas exercer plus de pression sur l'un et l'autre œil. Le tonomètre manié avec le plus de précision possible indique, avec deux poids différents, une tension plus forte à gauche qu'à droite.

On porte alors le diagnostic de gliome en raison de cette hypertonie apparente et en admettant même qu'il y eut un doute, l'énucléation fut pratiquée, la question vitale étant en jeu.

A l'ouverture du globe on constate: une masse fongueuse, jaunâtre, enveloppée d'une sorte de membrane, située en arrière du cristallin et s'étendant jusqu'aux procès ciliaires, séparée du fond de l'œil par un vitré très liquide, jaune-verdâtre et assez transparent.

La réponse du laboratoire fut: « produit inflammatoire, pas de gliome ».

6° Cas survenus au cours de troubles articulaires et paralytiques de nature indéterminée.

OBSERVATION XXIII

(Lagrange, Société Française d'Ophtalmologie, 1896, p. 375)

Marie P..., 2 ans, entre à l'hôpital le 11 mai 1895 pour une affection de l'œil droit. Jusqu'à la fin de février 1895, cette en-

fant s'est très bien portée; à cette époque, elle a été prise, assez subitement de fièvre, de convulsions et enfin d'une paralysie complète du côté gauche. Il y a eu des déviations oculaires spasmodiques de courte durée.

L'enfant paraissait souffrir de la tête; il y avait de l'inappétence, mais ni vomissement, ni diarrhée, ni constipation.

Dans l'impossibilité de marcher, l'enfant dût garder le lit et bientôt, quelques jours après les phénomènes du début, apparut un gonflement œdémateux des deux pieds, des deux jambes et du poignet droit. La température, qui n'a pas été exactement mesurée, paraissait très élevée.

Le médecin du village, appelé, diagnostiqua une affection rhumatismale et prescrit des médicaments spéciaux que nous ne pouvons préciser et des embrocations calmantes sur les parties douloureuses.

Pendant l'évolution de cette affection générale et dès les premiers jours apparut dans l'œil droit le début de l'affection qui amène cette enfant à notre consultation. La mère affirme que, quelques jours après le premier accès de fièvre, l'œil droit avait perdu son éclat et que, très rapidement, apparut la tache blanche, bien visible même à distance, qui depuis n'aurait cessé de se développer. Il est probable que, dès le 15 mars, la vision de cet œil était complètement abolie; l'acuité de l'œil gauche était bonne.

Vers la fin de mars, les accidents généraux: la fièvre, la paralysie du côté gauche, les douleurs de tête et le gonflement des membres inférieurs et du poignet droit avaient disparu; l'enfant reprit son appétit et ses habitudes. En présence des renseignements incomplets fournis par la famille, et en l'absence de renseignements médicaux directs, il est impossible de caractériser d'une façon quelque peu exacte la nature de l'affection dont notre jeune sujet a été atteint, et d'arriver à un diagnostic précis; mais il ne peut être mis en doute que l'affection oculaire a été l'un des accidents locaux d'une infection générale de cause inconnue.

Pendant le courant d'avril et les premiers jours de mai, l'état de l'œil fut stationnaire; en dehors de la perte de la vision, les parents ne remarquèrent rien de particulier que l'aspect blanchâtre du fond de l'œil. Il n'y eut à aucun moment de phénomènes

inflammatoires apparents, et la famille du petit sujet affirme que l'œil n'a jamais été ni rouge, ni douloureux.

Le 11 mai, l'examen de cet œil nous permet de constater l'état suivant: il n'y a aucune injection de la conjonctive, aucune déformation du globe, la cornée est parfaitement transparente, le cristallin intact; la tension est normale, la pupille uniformément dilatée, sans aucun réflexe; la perception visuelle est nulle.

La simple inspection fait apercevoir dans le corps vitré une masse blanchâtre, cotonneuse, rappelant les lésions du gliome de la rétine. L'éclairage du corps vitré montre que presque toute la cavité oculaire est remplie par ce produit pathologique. Un examen attentif nous assure qu'il ne s'agit point d'un décollement de la rétine, mais bien d'une masse développée dans la rétine ou au devant d'elle.

L'énucléation fut pratiquée et l'examen anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait d'une irido-choroïdite hémosporique.

7° Cas congénital.

OBSERVATION XXIV

(Aubaret, Société Française d'Ophtalmologie, 10 mai 1922)

Le 6 octobre 1921, la jeune J. M. nous est conduite à 18 mois 1/2, parce que ses parents ont remarqué que sa vision était défectueuse depuis sa naissance. Des avis nombreux ont fait naître dans leur esprit l'inquiétude de voir cet enfant rester presque aveugle. Cette fillette est née avant terme, dans des conditions défavorables. La mère, qui appartient à une famille très saine et jouit elle-même d'une parfaite santé, a eu, dans les derniers temps de sa grossesse, de nombreuses fatigues et du surmenage, occasionnés par un déplacement et les soucis d'une nouvelle installation. Brusquement, un mois et demi environ avant la date présumée de l'accouchement, elle a eu des pertes, d'abord blanches, puis hémorragiques très abondantes. Son état est devenu assez sérieux et les médecins consultés ont diagnostiqué un décollement placentaire et assisté à un accouchement prématuré. L'accouchement a eu lieu sans trop d'incidents. Le placenta était

sclérosé par places. Les suites de couches ont évolué d'une façon assez normale.

L'enfant, née avant terme, paraissait très grêle. Son état inspirait quelque inquiétude durant les premiers mois. Mais, peu à peu, l'allaitement était fait dans de bonnes conditions, la croissance évolua d'une façon régulière.

Nous devons noter ce fait important que, peu de jours après la naissance, le père avait nettement remarqué que l'un des deux yeux avait la pupille un peu voilée et un reflet blanchâtre particulier.

Son attention étant par suite attirée de ce côté, il remarqua en outre que, à mesure que l'enfant essayait de fixer, l'un des deux yeux se déviait légèrement en dedans.

Voyant la santé de l'enfant s'améliorer, les parents n'attachèrent pas tout d'abord une grande importance à l'état des yeux. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, et surtout à cause de la déviation de l'œil, qu'ils se décidèrent à montrer la fillette à des oculistes.

Ces derniers furent, dès le premier examen, assez frappés par l'aspect des lésions intra-oculaires, mais ne purent se prononcer sur l'évolution et surtout sur le pronostic. On soupçonna d'abord qu'il pourrait bien s'agir d'un gliome double de la rétine, et l'éventualité d'une intervention chirurgicale radicale fut même envisagée. La famille était extrêmement inquiète et très alarmée quand nous avons vu nous-même l'enfant pour la première fois.

Notre examen nous permit d'abord de constater une très légère diminution de volume des deux yeux. Cette microphtalmie peu prononcée n'empêche pas que la cornée, l'iris, la pupille et les mouvements oculaires ne paraissent normaux. Il existe seulement un léger degré de strabisme convergent, parfois alternant, mais qui semble prédominer sur l'œil droit. Les réflexes pupillaires sont bien conservés.

Déjà, à l'examen direct, on remarque dans la profondeur de l'œil droit un reflet nettement blanchâtre. Du côté de l'œil gauche cet aspect est moins accusé.

Après dilatation des pupilles par l'atropine, il est facile de

constater des lésions des plus caractéristiques. Du côté gauche, on voit une masse blanchâtre occupant tout le corps vitré ou tout au moins une grande partie de son étendue. En explorant les différentes portions de l'œil, il n'est pas possible de trouver une zone où le reflet rougeâtre de la rétine puisse être aperçu. Cette masse blanchâtre semble avoir une surface floconneuse diffuse, sans aucun vaisseau sanguin apparent.

Du côté droit, on constate des lésions identiques, mais plus limitées. La masse blanchâtre à surface floconneuse occupe à peu près les deux tiers internes du corps vitré. Au niveau de la portion supéro-externe du champ pupillaire, on arrive à voir la rétine et même à entrevoir la papille.

Le tonus oculaire paraît normal.

L'acuité visuelle semble fortement diminuée, mais conservée d'une manière appréciable.

Il y a plus de sept mois que nous suivons cette enfant et que nous l'observons attentivement. Actuellement, son développement physique paraît normal. Elle ne semble pas très en retard au point de vue intellectuel. Les lésions oculaires n'ont pas varié; on dirait même que la fixation et la vision s'améliorent.

Pour compléter cette observation, nous avons examiné les antécédents et fait pratiquer l'examen du sang. On ne note rien de particulier du côté familial. Le père et la mère sont très sains et même vigoureux. La réaction de B. W., faite chez eux et chez l'enfant a donné un résultat entièrement négatif.

En somme, il s'agit là d'un véritable pseudo-gliome développé sous l'influence d'une cause indéterminée, pendant la vie fœtale, peut-être d'une infection atténuée ayant empêché dans une mesure limitée le développement et la croissance normale de l'œil. La nature de cette infection ne peut être déterminée, la mère n'ayant présenté aucun symptôme caractéristique, à part des troubles nerveux à différentes reprises, de la fatigue et du surmenage.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Sur 56 observations d'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant, nous avons constaté que :

Dans 29 cas, c'est-à-dire environ 52 %, cette affection est apparue au cours de la méningite cérébro-spinale ;

Dans 14 cas, elle est apparue au cours ou consécutivement à la grippe (environ 25 %) ;

Dans 5 cas, au cours de pneumonies ou broncho-pneumonies (environ 9 %) ;

Dans 4 cas, au cours de troubles gastro-intestinaux (environ 7,5 %) ;

Dans 1 cas, après une fièvre éruptive (1,8 %) ;

Dans 1 cas, au cours de manifestations articulaires et paralytiques de nature indéterminée (2 %) ;

Dans 1 cas, en fin, où elle fut attribuée à une infection fœtale indéterminée ;

Dans un cas au cours d'une septicémie latente de cause inconnue.

Résumons ces constatations dans le tableau suivant :

Observations	Méningococcie	Grippe	Affections pulmonaires	Troubles gastro-intestinaux	Fièvres éruptives	Divers
56	29	14	5	4	1	3
%	52	25	9	7,5	1,8	5,3

De ces constatations, il résulte que l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant survient le plus souvent comme complication de la méningite cérébro-spinale: dans 52 % des cas.

La grippe doit être incriminée en second lieu.

En troisième lieu, viennent la pneumonie et la broncho-pneumonie.

En quatrième lieu, les troubles gastro-intestinaux.

Enfin, les fièvres éruptives paraissent n'être que rarement à l'origine de l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant.

Le sexe ne paraît pas avoir d'influence, les garçons et les filles sont également atteints.

Le moment de l'apparition est variable; mais c'est en général dans la première semaine de la maladie générale que l'irido-choroïdite hémosporique apparaît.

Le plus souvent unilatérale, elle est bi-latérale dans environ 25 % des cas. Cette bilatéralité n'obéit à aucune règle et on l'observe indifféremment dans l'une ou l'autre infection générale au cours de laquelle apparaît la complication irido-choroïdienne.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

Symptomatologie. — Le caractère le plus frappant de l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant est l'insidiosité avec laquelle elle débute presque toujours.

En effet, soit que le sujet soit trop jeune pour manifester ses sensations, soit que l'entourage du petit malade, préoccupé de l'état général de ce dernier, ne prête aucune importance à une légère rougeur de l'œil ou à un léger larmoiement qu'il considère comme un incident banal, soit enfin que les réactions inflammatoires fassent complètement défaut, le début de l'affection passe très souvent inaperçu.

Les phénomènes inflammatoires, quand ils sont constatés, se manifestent sur la conjonctive, la cornée, l'iris, l'humeur aqueuse et parfois le cristallin.

Sur la conjonctive, on peut observer tous les degrés de la conjonctivite, depuis la simple infection conjonctivale, jusqu'à un chémosis parfois assez intense pour recouvrir complètement la cornée.

La cornée peut rester indemne, mais elle présente parfois un trouble diffus qui peut en imposer pour une kératite interstitielle.

On note fréquemment l'existence d'une injection périkératique.

La chambre antérieure est très souvent effacée.

L'iris terne, décoloré, est projeté en avant. Il présente des synéchies postérieures.

La pupille est irrégulière et ne réagit plus à l'atropine.

Des exsudats se forment et la pupille prend une teinte blanchâtre.

Des synéchies peuvent accoler les rebords pupillaires et provoquer une occlusion complète de la pupille.

L'humeur aqueuse se trouble; un hypopyon se forme qui peut être assez abondant pour ne plus laisser de visible que la partie supérieure de l'iris.

Des exsudats se produisent sur les bords ou les faces du cristallin.

Un trouble intense du vitré, survenant de bonne heure, rend difficile, sinon impossible, l'examen ophtalmoscopique; mais dans ce brouillard vitréen, on peut constater la présence de corps flottants, ayant l'apparence de masses floconneuses, blanc jaunâtre ou jaune doré, possédant un reflet luisant connu sous le nom de « reflet d'œil de chat amaurotique ». La palpation du globe décèle en général une tension diminuée.

Mais les réactions inflammatoires ne sont pas toujours aussi nettement constatées. Elles passent souvent même inaperçues.

L'attention de l'entourage est alors attirée par l'apparition, dans l'œil de l'enfant, d'une « tache » blanchâtre, d'un reflet particulier, visible à travers la pupille. Ou bien encore, lorsque l'affection est bi-latérale, c'est la perte de vision de l'enfant qui frappe les parents. Ils se rappellent parfois, qu'au cours d'une maladie récente de leur enfant, ils ont

remarqué, à un certain moment, une légère rougeur et un léger larmoiement d'un œil ou des deux yeux. Mais ces incidents ne les ont pas autrement inquiétés et ils en avaient perdu le souvenir (Obs. XIX et XX).

Dans ces cas, on constate l'effacement de la chambre antérieure, qui est limpide, la décoloration de l'iris, qui peut présenter des zones atrophiques, sa projection en avant contre la cornée, des synéchies pupillaires, la présence dans le vitré de masses cotonneuses, blanchâtres, ayant un aspect rappelant le gliome, à moins que l'opacification du cristallin n'empêche l'examen ophtalmoscopique. La tension intraoculaire est en général diminuée et l'on se trouve parfois en présence d'un globe mou déjà en voie d'atrophie.

La vision est complètement abolie ou réduite à la simple perception lumineuse.

D'autres fois, c'est le malade lui-même qui, au cours d'une infection générale aiguë, attire l'attention sur ses yeux en manifestant sa perte soudaine de la vision (Obs. X).

Dans d'autres cas, enfin, les réactions inflammatoires se bornent à une légère injection conjonctivale ou même manquent complètement (Obs. XXII et XXIII).

Il peut ne pas y avoir d'injection périkératique, la cornée est transparente, l'iris est normal, il n'y a pas de synéchies, la pupille est régulière, moyennement dilatée, sans aucun réflexe. L'œil présente le reflet « d'œil de chat amaurotique » et l'on perçoit dans le vitré la présence d'une masse blanchâtre rappelant le gliome de la rétine. Dans un cas (Obs. XXII), un vaisseau sanguin est perçu au devant de cette masse, et la tonométrie, pratiquée aussi exactement que possible, décèle dans cet œil une tension plus élevée que dans l'œil opposé.

Dans un autre cas (Obs. XXIII), la tension est normale. Dans les deux cas, la vision de l'œil malade est nulle.

En résumé, nous pouvons nous trouver en présence de trois ordres de faits :

1° Des phénomènes inflammatoires oculaires plus ou moins intenses, survenant au cours d'une infection générale aiguë, attirent l'attention et permettent d'observer l'irido-choroïdite hémosporique en pleine évolution, avec sa symptomatologie typique.

2° Les phénomènes inflammatoires ayant manqué ou étant passés inaperçus, l'on se trouve en présence d'une irido-choroïdite hémosporique ancienne ou en voie de régression, se manifestant par l'aspect de pseudo-gliome, effacement de la chambre antérieure, traces évidentes de la participation de l'iris à l'infection, hypotonie et même globe en voie d'atrophie.

3° Symptomatologie très réduite, se traduisant par la constatation d'une masse pseudo-gliomateuse, au cours ou au déclin d'une infection générale aiguë, avec phénomènes inflammatoires très légers ou absents, sans traces d'atteinte de l'iris, constatation d'une tension intra-oculaire normale ou même augmentée, en apparence du moins.

Dans tous les cas : vision nulle ou réduite à la simple perception lumineuse.

Evolution. — L'évolution de l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant est très rapide : « La vision, qui peut être réduite en quelques heures à la simple perception lumineuse, est parfois complètement abolie après un ou deux jours. » (Dupuy-Dutemps).

Cette affection évolue le plus souvent chez l'enfant avec la forme de l'irido-choroïdite plastique, aboutissant à la régression cicatricielle avec organisation du vitré et phtisie du globe.

Un seul cas d'irido-choroïdite suppurative avec perforation sclératicale se trouve parmi les 56 observations d'enfants que nous avons pu retrouver.

Quand l'affection évolue sous cette forme, les symptômes sont d'emblée violents ; on observe du chémosis, de l'œdème des paupières. La douleur est parfois considérable. Le globe, immobilisé par l'œdème inflammatoire de l'orbite, est rempli de pus. Celui-ci ne tarde pas à se faire jour au dehors à travers un pertuis scléral formé par la nécrose inflammatoire. Cette perforation sclérale siège le plus souvent dans la moitié antérieure du globe.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de l'irido-choroïdite hémosporique s'étayera :

1° Sur la notion d'une infection générale ou locale en cours ou immédiatement antérieure ;

2° Sur la présence de réactions inflammatoires au niveau du segment antérieur ;

3° Sur l'effacement toujours considérable de la chambre antérieure ;

4° Sur la participation de l'iris à l'infection ;

5° Sur l'hypotension intra-oculaire ;

6° Sur l'aspect de pseudo-gliome.

Lorsque l'affection se présente avec l'ensemble de ces caractères, le diagnostic ne présente pas de difficultés.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et la question du diagnostic différentiel avec le gliome de la rétine peut se poser.

L'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant est, en effet, susceptible d'être confondue avec le gliome de la rétine, tumeur maligne, spéciale à l'enfance, souvent congénitale, de pronostic vital d'une extrême gravité en raison de ses métastases et de sa généralisation.

L'œil atteint de gliome de la rétine, à la première période, présente une chambre antérieure claire, peu effacée. La pupille est dilatée et limitée par un iris atrophié, aminci, ne présentant plus de réflexe, paralysé par la pression qu'il subit. Le segment antérieur ne présente aucune réaction inflammatoire. Il n'y a pas de synéchies iriennes.

L'examen ophtalmoscopique permet d'apercevoir, sur le fond d'œil, à travers un vitré poussiéreux, une tumeur bosselée, blanchâtre, parcourue par des vaisseaux de nouvelle formation, autour de laquelle la rétine est décollée. De plus, l'œil atteint de gliome de la rétine présente toujours, à un momen tdonné, une hypertension plus ou moins accusée, mais jamais d'hypotension.

Si nous nous rapportons aux observations XXII et XXIII, nous voyons que le diagnostic différentiel de ces deux affections peut être excessivement difficile.

Il s'agissait, en effet, d'enfants âgés l'un de 4 mois, l'autre de 19 mois.

Les réactions inflammatoires étaient absentes chez l'un, très légères chez l'autre. Dans les deux cas, l'iris était indemne et ne présentait aucune trace d'inflammation antérieure. Il n'y avait aucune injection périkératique. La pupille était régulière, moyennement dilatée et ne présentait pas de réflexes.

Chez l'un, la tension intra-oculaire était normale, chez l'autre elle était légèrement augmentée et, chez ce dernier, on percevait un vaisseau sanguin à la surface d'une masse blanchâtre, brillante, paraissant située derrière le cristallin.

Dans ces deux cas, un seul signe était en faveur de l'irido-choroïdite hémosporique : la notion d'une infection générale aiguë en cours.

L'énucléation fut pratiquée dans les deux cas, et l'examen anatomo-pathologique des pièces conclut à une irido-choroïdite hémosporique.

L'irido-choroïdite hémosporique de l'enfant est encore susceptible d'être confondue avec une seconde tumeur maligne: le leuco-sarcome de la choroïde. Cette tumeur se présente avec les mêmes caractères évolutifs que le gliome de la rétine.

Le diagnostic différentiel se fera d'après la constatation, à l'examen ophtalmoscopique, à travers un vitré transparent, d'une tumeur bosselée, blanchâtre, siégeant ordinairement sur la moitié antérieure du globe. Cette tumeur est recouverte par la rétine, transparente, possédant ses vaisseaux propres, et à travers laquelle on aperçoit un réseau vasculaire appartenant à la tumeur.

L'absence de maladie générale infectieuse concomittante sera aussi un élément de grande valeur.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic quoad vitam de l'irido-choroïdite hémosporique est plutôt celui de la maladie infectieuse au cours de laquelle cette affection se développe.

Le pronostic fonctionnel est sèvère, car cette affection entraîne la perte de la vision définitive, avec atrophie du globe.

Toutefois, Netter injectant, dans deux cas d'irido-choroïdite hémosporique, survenue au cours de méningite cérébro-spinale, du sérum antiméningococcique dans le vitré de l'œil atteint, obtint la rémission de l'infection avec récupération notable de la vision.

Plus récemment, MM. Perrin (Obs. XIII), Jeandelize et Bretagne (Obs. XXI), obtinrent des améliorations appréciables au moyen d'injections intra-fessières de lait bouilli, dans des cas d'irido-choroïdite hémosporique survenus au cours de la grippe, d'une part, et à la suite de troubles gastro-intestinaux d'autre part.

TRAITEMENT

Le traitement de l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant sera d'abord prophylactique et s'adressera surtout à l'infection générale aiguë.

L'infection oculaire une fois déclarée, l'on aura d'abord recours au traitement médical.

La sérothérapie intraoculaire, préconisée par Netter dans les méningococcies, paraît susceptible de donner de bons résultats. Netter, en effet, dans deux cas d'irido-choroïdite hémosporique survenue chez l'enfant au cours de méningite cérébro-spinale, a obtenu l'arrêt de l'infection oculaire et une récupération considérable de la vision en faisant des injections répétées, en nombre variable suivant les cas, de 1 cc de sérum antiméningococcique dans le corps vitré de l'œil atteint.

L'on aura aussi recours au traitement indiqué par Darier et consistant en injections sous-cutanées et sous-conjonctivales d'une solution de cyanure de mercure à 1/1.000e.

Enfin, les injections intra-musculaires de lait bouilli paraissent se montrer efficaces dans les irido-choroïdites hémosporiques, comme elles se sont montrées efficaces dans nombre d'affections oculaires. M. Perrin (Obs. XIII) et, plus récemment, MM. Jeandelize et Bretagne (Obs XXI), ont obtenu par ce procédé, non seulement l'arrêt de l'infection, mais encore une récupération partielle de la vision.

Ce traitement médical permetta souvent de conserver l'organe qui, bien qu'atrophié, peut encore avoir une utilité esthétique et servir au développement de l'orbite.

Dans d'autres cas, en calmant l'inflammation, il rendra plus

facilement applicable le traitement chirurgical, lorsque ce dernier sera indiqué.

Les indications du traitement chirurgical seront: l'extension de l'inflammation aux tissus péri-oculaires, la distension du globe par le pus, la perforation sclératicale, la persistance de douleurs violentes, l'atrophie complète du globe, bref la panophtalmie avec toutes ses complications. Il consistera, suivant les cas, dans l'énucléation ou l'éviscération, et l'on pourra obéir, pour l'option de l'une ou l'autre de ces interventions, à la règle formulée par Dupuy-Dutemps à la fin de son rapport à la Société Française d'Ophtalmologie (8 mai 1922): « énucléer si la coque est intacte, éviscérer si elle est perforée ».

Enfin, l'on devra avoir recours au traitement chirurgical, chaque fois que le diagnostic différentiel de l'irido-choroïdite hémosporique d'avec le gliome de la rétine ne sera pas fait d'une façon absolue. Car dans ce cas mieux vaut énucléer que laisser l'enfant exposé à la terminaison fatale du gliome de la rétine. C'est la conduite qui a été tenue par MM. les professeurs Lagrange (Obs. XXIII) et Jeandelize (Obs. XX).

CONCLUSIONS

I. — L'irido-choroïdite hémosporique se manifeste avec un maximum de fréquence chez les enfants. C'est un fait très remarquable.

II. — La cause la plus fréquente de l'irido-choroïdite hémosporique chez les enfants est la méningite cérébro-spinale ; la grippe vient en second lieu ; les affections pulmonaires en troisième lieu ; les troubles gastro-intestinaux en quatrième lieu.

Les fièvres éruptives paraissent n'être que rarement à l'origine de l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant.

III. — Cette affection évolue chez l'enfant, le plus souvent vers la régression cicatricielle avec organisation du vitré, donnant l'aspect de pseudo-gliome, et phtisie du globe.

Néanmoins, la panophtalmie avec perforation sclérale peut s'observer.

IV. — L'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant peut parfois en imposer pour un gliome de la rétine avec un ensemble symptomatologique tel que le diagnostic différentiel en est très difficile, sinon impossible.

V. — Le traitement médical comprenant la sérothérapie, les injections de cyanure de mercure sous-cutanées et sous-conjonctivales, et les injections intra-musculaires de lait bouilli a donné de très bons résultats.

Le traitement chirurgical n'en reste pas moins indiqué dans certains cas.

VI. — Quand l'irido-choroïdite hémosporique ne pourra être différenciée du gliome de la rétine d'une façon absolue, l'énucléation sera la règle, car mieux vaut, dans le doute, penser à la vie de l'enfant qu'à la conservation du globe oculaire.

Vu :

Nancy, le 20 Décembre 1923.

Le Président de la Thèse,

G. Etienne.

Vu :

Nancy, le 21 Décembre 1923.

Le Doyen,

L. Spillmann.

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 22 Décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. Adam,

Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abt. — Un cas d'ophtalmie suppurative à pneumocoque consécutive à une pneumonie (Soc. d'opht., Paris, 1902).

Ahlström. — Cas d'ophtalmie métastatique pendant une pneumonie (La clinique opht., 1897).

Aubaret. — Des irido-choroïdites infantiles et congénitales (Société Française d'opht., 1922).

Badal et Fage. — Des complications oculaires de la grippe (Arch. d'opht., 1890).

Beauvieux et Lacoste. — Double panophtalmie au cours d'une septico-pyémie pneumococcique (Arch. d'apht., 1911).

Bouchard. — Gazette des Hôpitaux, 1871.

Bovier-Lapierre. — Panophtalmie et méningite cérébro-spinale. Thèse de Lyon, 1902.

Cabannes. — Choroïdite métastatique et abcès de fixation (Soc. de méd. et de chir., Bordeaux, 1911).

Cabannes et Aubaret. — Panophtalmie à pneumocoque (Soc. de méd. et de chir., Bordeaux, 1904).

Casali. — Ophtalmie métastatique par B. hémophile de Pfeiffer (Annali di ophtalmologia, 1907).

Chagas-Verde. — Irido-choroïdites et irido-cyclites au cours de la méningite cérébro-spinale. Thèse de Paris, 1922.

Chaillous. — Société d'opht., Paris, 1905.

— Société d'opht., Paris, 1922.

Chenet. — De l'ophtalmie métastatique. Thèse de Paris, 1911.

Cosmettatos. — Ophtalmie métastatique bilatérale à la suite de méningite cérébro-spinale épidémique (Annales d'oculistique, 1908).

— Ophtalmie métastatique consécutive à une pneumonie (Arch. f. Augenb., 1912).

Cousin. — Ophtalmie métastatique d'origine coli-bacillaire (Soc. d'opht., Paris, 1914).

Darier. — Sérothérapie des infections oculaires (Soc. Franç. d'opht., 1910).

Desbrières. — Contribution à l'étude de la panophtalmie infectieuse. Thèse de Paris, 1890.

Despagnet. — Deux cas d'irido-choroïdite suppurative par auto-infection (Soc. Franç. d'opht., 1896).

Dor. — La Clinique ophtalmologique, 1909-1912.

Drognat-Landré. — De la choroïdite exsudative (Annales d'oculistique, 1875).

Dupuy-Dutemps. — Soc. Franç. d'opht., 1922.

Fava. — Panophtalmie métastatique expérimentale à pneumocoque (Annales d'oculistique, 1913).

Frenkel et Auban. — A propos du diagnostic étiologique des irido-choroïdites dans les infections aiguës (Soc. Franç. d'opht., 1922).

Gaudin. — Uveites méningococciques. Thèse de Paris, 1915.

Ginestous. — Ophtalmologie infantile.

Haushalter. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1896.

Hillion. — Ophtalmie métastatique bilatérale, consécutive à une pneumonie (Arch. d'opht., 1913).

Jeandelize et Bretagne. — Deux cas d'irido-choroïdite métastatique chez l'enfant (Soc. Franç. d'opht., 1922).

Kerbrat. — L'uveite au cours de la grippe. Thèse de Bordeaux, 1919.

Lagrange. — Etudes sur les tumeurs de l'œil, 1893.

— Traité des tumeurs de l'œil, 1901.

— Contribution à l'étude anatomique et clinique du gliome de la rétine (Arch. d'opht., 1890).

Mitwalsky. — Revue générale d'opht., 1891.

Morax. — A propos d'un cas d'irido-choroïdite suppurative terminé par la guérison (Annales d'oculistique, 1895).

— Sur un cas d'irido-choroïdite métastatique au cours de la méningite à méningocoque (Soc. d'opht., Paris, 1905).

Netter. — Guérison de l'irido-choroïdite suppurée à méningocoque par injections de sérum antiméningococcique dans le corps vitré (Société de Biologie, 1915).

Panas. — Traité des maladies des yeux, 1894.

Panas et Rochon-Duvigneaud. — Recherches anatomiques et cliniques sur le glaucome et les néoplasmes intra-oculaires.

Péchin. — Complications oculaires de la grippe (Recueil d'opht., 1900).

Perrin. — Complications oculaires graves au cours de la grippe (Soc. Franç. d'opht., 1922).

Petit. — Annales d'oculistique, 1901.
— Soc. Franç. d'opht., 1901.
Puech. — Sur un cas de choroïdite suppurative (Soc. d'opht., Bordeaux, 1893).
Terrien. — Ophtalmie métastatique suivie de mort (Arch. d'opht., 1899).
— Trois observations d'ophtalmie métastatique (Soc. Franç. d'opht., 1922).
Truc. — Irido-choroïdite grippo-rhumatismale (Revue génér. d'opht., 1898).
Veillon et Morax. — Annales d'oculistique, 1894.
Vennemann. — Encyclopédie Française d'opht., tome 6.
Villard. — Irido-choroïdite consécutive à la gastro-entérite des jeunes enfants (Arch. d'opht., 1911).
— Complications oculaires des pneumonies (Soc. Fr. d'opht., 1922).
Zarzycki. — Archives d'ophtalmologie, 1918.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos 7

Introduction 9

CHAPITRE PREMIER

Historique et fréquence 11
Observations 14

CHAPITRE II

Etiologie 40

CHAPITRE III

Symptomatologie et évolution 42

CHAPITRE IV

Diagnostic 47

CHAPITRE V

Pronostic 51
Traitement 52

Conclusions 55

Index bibliographique 57

NANCY - SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES